



Sorg

-Sykepleierens opplevelse i møte med kreftpasientens død

Prosjektplan til en masterstudie

Kandidatnummer: 30

VID vitenskapelig høgskole

Haraldsplass

Prosjektplan

Videreutdanning i Palliativ sykepleie

Kull: 2016-2018

Antall ord: 5922

09.04.2018

Kandidatnummer: 30
Navn på studiet: Videreutdanning i Palliativ sykepleie
Navn på eksamen: Prosjektplan
Innleveringsfrist: 09.04.18
Antall ord: 5922

Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

Retningslinjer om fusk finner du her:

- lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8
- forskrift 11. desember 2015 nr. 1665 om [opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høyskole](#) § 30
- retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høyskole fastsatt 18. desember 2015.

Ved å signere med kandidatnummer erklærer jeg å være kjent med VID vitenskapelige høyskoles retningslinjer om plagiering og fusk, og at min besvarelse er i samsvar med disse bestemmelsene.

Kandidatnummer: _____ 30 _____

Prosjektplaner med karakteren A-B:

Jeg samtykker i at min oppgave publiseres i VID vitenskapelig høyskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN):

Sett kryss

Ja: ☒

Nei: ☐

SAMMENDRAG

På kreftavdelinger møter sykepleieren ofte pasienter som er i en palliativ fase. En pasient med kreft har som regel et sykdomsforløp med gjentatte sykehusinnleggelser over en lengre tidsperiode, noe som fører til at sykepleieren kan utvikle en nær relasjon til både pasient og pårørende. Statistikken viser at antall krefttilfeller i Norge vil øke i tiden fremover, og trolig vil antall dødsfall øke proporsjonalt med antall krefttilfeller. Siden dødsfall er vanlig ved kreftavdelinger, reflekteres det over hva sykepleieren opplever i møte med den døende pasienten, og hvilken virkning pasienters dødsfall har på sykepleieren. Forskning fra utenlandske studier viser at sykepleieren *kan* respondere emosjonelt på pasienters død og oppleve sorg, og avdekker behovet for ytterligere forskning på området. Videre viser forskningen at graden av sorg beror på hvor nær relasjon det skapes mellom sykepleier og pasient eller pårørende. Sorg er en emosjonell respons på tap, noe som kan påvirke blant annet konsentrasjon og hukommelse. Sykepleierens sorgprosess kan være lik den man opplever ved å miste en nærstående person, men prosessen er også ulik fordi den kan gjenoppleves flere ganger. En annen divergens er at sykepleieren i yrkesutøvelsen sjelden oppnår en form for «closure» eller avslutning på sorgen i form av minnestund eller begravelse, noe som er vanlig når man mister en nær person. Ineffektive mestringsstrategier for å håndtere egne sorgreaksjoner kan gi en negativ påvirkning i sykepleierens helse, privatliv og yrkesutøvelse. Hensikten med prosjektplanen er å utforske om funnene i tidligere forskning samsvarer i en norsk kontekst, og problemstillingen er: *Sorg - Sykepleierens opplevelse i møte med kreftpasientens død*. Det er valgt en kvalitativ tilnærming i masterforløpet, og gjennomføring av dybdeintervjuer med sykepleiere som håndterer kreftpasienter ved et stort sykehus i Norge.

Nøkkelord: Patient death/pasientdødsfall, Experiences/erfaringer, Nurses grief/sykepleierens sorg, Professional bereavement/profesjonelt tap, Nurse coping/sykepleierens mestring.

INNHold

1.0 Innledning, bakgrunn og problemstilling	1
1.1 Tema, aktualitet og arbeidet med prosjektplanen	1
1.2 Tidligere forskning	2
1.2.1 Søkeprosessen	2
1.2.2 A Concept Analysis of Nurses' Grief	2
1.2.3 Creating a Curtain of Protection: Nurses' Experiences of Grief Following Patient Death	3
1.2.4 Effects of a patient death on nursing staff: a literature review	4
1.2.5 Working Through Grief and Loss: Oncology Nurses' Perspectives on Professional Bereavement	5
1.2.6 Nurses' Experiences of Grief Following Patient Death	6
1.2.7 Oppsummering av forskningsartiklene	6
1.3 Teoretiske perspektiver	7
1.4 Problemstilling, avgrensning og hensikt	8
2.0 Metodisk gjennomføring	9
2.1 Valg av metode og gjennomføring	9
2.2 Utvalg og varighet	11
2.3 Bruk av allerede utarbeidet verktøy	13
2.4 Budsjett	13
2.5 Etske overveielser og tillatelser	13
2.6 Evaluering av prosjektet	14
2.7 Metodologiske drøftinger	15
3.0 Formidling/målgruppe	17
4.0 Litteraturliste	18
5.0 Vedlegg 1	20

1.0 INNLEDNING, BAKGRUNN OG PROBLEMSTILLING

1.1 TEMA, AKTUALITET OG ARBEIDET MED PROSJEKTPLANEN

I 2016 døde totalt 40 726 mennesker i Norge (Statistisk Sentralbyrå, 2018) og i 10 994 tilfeller var dødsårsaken kreft (Folkehelseinstituttet, 2018). I statistikk, media og dagligtale kan man finne mange eksempler på ensrettet omtale hvor kreft fremstilles som én generell sykdom, men ifølge Kreftforeningen brukes kreft som samlebetegnelse på omtrent 200 varianter av diagnosen. Selv om kreftformene har mange fellestrekk, vil vi også finne mange ulikheter som medfører individuelle sykdomsforløp, behandlingsmåter og overlevelsesrater for disse (Kreftforeningen, 2018). I denne oppgaven er det ikke relevant *hvilke* kreftformer en pasient dør av, så jeg kommer til å bruke begrepet «kreft» nettopp som et samlebegrep. Kreftforeningen viser videre at kreft er den vanligste dødsårsaken etter hjerte- og karsykdommer her til lands (Kreftforeningen, 2018). I Norge vil antall krefttilfeller øke i løpet av de neste 15 årene blant annet som en følge av befolkningsvekst og økt levealder. Uavhengig av diagnose dør omkring 15% av pasientene i Norge hjemme, mens flertallet dør på helseinstitusjoner (NOU 2017:16, s.44-46). Med dette som utgangspunkt må man forutsette at antall sykehusdødsfall som følge av kreft vil være stigende i årene fremover. Som et slags apropos har media gjentatte ganger omtalt de økonomiske utfordringene innen helsevesenet, hvor det skal spares både nasjonalt og lokalt. Omtalene bærer preg av et stramt helsebudsjett, nedbemanning og effektivisering av tjenester hvor graden av lønnsomhet telles i «kroner og øre» - noe som trolig vil fortsette i overskuelig fremtid (Den Norske Legeforening, 2017 & Sandberg, 2017). I ulik grad kan dette påvirke sykepleierens arbeidshverdag, eksempelvis i form av økt arbeidsmengde på grunn av nedskjæringer, eller en bemanning som ikke samsvarer med økt antall sengeplasser - det er ikke nok hender.

Sykepleieren må forholde seg til overordnede økonomiske rammer for avdelingen, og samtidig ivareta både pasient og pårørende på best mulig måte. Da dødsfall er vanlig ved en kreftavdeling, kan arbeidshverdagen i tillegg preges av gjentatte tap. De fleste mennesker vil oppleve en eller annen form for tap, og fokuset har vært rettet mot tapet pasient og pårørende kan oppleve, men jeg undres på hva sykepleieren opplever i møte med kreftpasientens død - opplever de pasienters død som et tap som medfører til en form for sorg?

Psykologen Oddbjørn Sandvik definerer sorg som «[...] reaksjoner på betydningsfulle tapsopplevelser» (Sandvik, 2003, s.16), og utenlandsk forskning viser at sykepleieren kan respondere emosjonelt på pasienters død og oppleve sorg. Graden av sorg relateres til nærheten i relasjonen som dannes mellom sykepleier og pasient. Videre viser forskningen at sykepleierens sorg ikke har blitt tilstrekkelig adressert i praksis, selv om den kan utgjøre en trussel mot sykepleierens helse, privatliv og yrkesutøvelse (Wilson & Kirshbaum, 2011). På bakgrunn av at sorg kan ha innvirkning på sykepleieren, er det viktig å utforske om funnene i forskningen er gjeldende i norsk kontekst.

1.2 TIDLIGERE FORSKNING

1.2.1 SØKEPROSESSEN

Det utføres søk i CINAHL, PubMed og SweMed med søkeordene: Nurses grief, Caregiver care, Professional bereavement og Nurse coping. Søkeordene brukes alene og i kombinasjon med hverandre og søket avgrenses til maksimum 10 år gamle artikler. På grunn av knapphet i relevante artikler for temaet søkes det også for andre litteraturkilder gjennom referanselisten og via Google Scholar på «sitert av» fra de artiklene jeg fant via søkeordene. Det inkluderes tre kvalitative artikler og to oversiktsartikler.

1.2.2 A CONCEPT ANALYSIS OF NURSES' GRIEF. (WISEKAL (2015). NASHVILLE USA. *CLINICAL JOURNAL OF ONCOLOGY NURSING*).

Dette er en oversiktsartikkel som ønsker å avklare definisjonen og betydningen av «nurses' grief». Inkluderingskriteriene er at artiklene inneholder informasjon om «nurses' grief», konsekvenser/følger av sorg, samt mestringsstrategier for «nurses' grief». Antall inkluderte artikler fremkommer kun i referanselisten.

Overnevnte studie viser at «nurses' grief» er en vanlig forekomst som i stor grad, kan påvirke personlige og jobbrelaterte forhold hos sykepleieren. Relasjoner til pasienten og familien utvikles ofte over tid, og sorgen blir større jo sterkere relasjonen er. Enhver situasjon er unik; sorgen oppleves ulikt og håndteres ulikt. Sykepleierens personlige erfaringer påvirker også opplevelsen og bearbeiding av sorgen. «Nurses' grief» har ett særtrekk som skiller tilstanden fra sorgen man opplever når noen i nær familie dør: Den kan være gjentakende. Sykepleieren kan bevege seg gjennom stadier av sorg og gjenoppleve tapet når en annen pasient hun har omsorg for dør.

En følelse av å «gå bakover» i sorgprosessen kan oppstå, sykepleieren får ikke avsluttet sorgarbeidet før neste dødsfall inntreffer - og konsekvensen blir sorg over *to* tap. Studien påpeker også at sykepleiere erfarer at grunnutdanningen har mangelfull undervisning om sykepleierens sorgarbeid. Ved å oppnå kunnskap om «nurses' grief» kan sykepleierprofesjon målrettet gjennomføre nødvendige endringer for å forbedre sykepleieres håndtering av denne tilstanden (Wisekal, 2015).

1.2.3 CREATING A CURTAIN OF PROTECTION: NURSES' EXPERIENCES OF GRIEF FOLLOWING PATIENT DEATH. (GEROW ET AL. (2010). KANSAS CITY USA. JOURNAL OF NURSING SCHOLARSHIP).

Denne kvalitative studien med fenomenologisk tilnærming ønsker å utforske sykepleierens opplevelser vedrørende pasientens død. 11 sykepleiere ble rekruttert og representerte ulike fagfelt. Forskerne utførte dybdeintervjuer med semistrukturert intervjuguide, og brukte demografiske spørreskjema for å beskrive utvalget i ettertid. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, transkribert ordrett, og deretter nedskrevet som en narrativ tekst.

Studien identifiserte fire fenomenologiske tema; «*Reciprocal relationship transcends professional relationship*»: sykepleierens reaksjoner på pasientens død avhenger av relasjonen som dannes mellom sykepleier, pasient og familien. «*Initial patient death events are formative*»: det første dødsfallet sykepleieren møter i sin tidlige karriere kan danne grunnlag for fremtidige møter med døende pasienter og deres pårørende, og påvirke sorgprosessen. Sykepleiere som mottok støtte og veiledning og ikke følte seg kollegialt ensomme, hadde en positiv fordel i neste møte med den døende pasienten. Motsatt ble det når sykepleieren følte seg hjelpeløs og alene; dette kunne ha negativ innvirkning på vedkommende. «*Nurses' coping responses incorporate spiritual worldviews and caring rituals*»: sykepleierens erfaringer kan over tid endre opplevelser rundt pasientens død. Sårbare sykepleiere kunne med tiden lære å beskytte seg selv. Flere sykepleiere uttrykte at deres religiøse tro eller åndelig velvære hjalp dem å håndtere pasientens død. «*Remaining «professional» requires compartmentalizing of experience*»: de motstridende følelsene sykepleieren kunne utsettes for; de skulle opptre profesjonelt og ikke føle tap, men bar på en tapsfølelse likevel. De satte opp barrierer for å skjerme seg selv mot bestemte følelser og gikk videre til den neste pasienten, men følelsen av tap var like fullt tilstede. Sykepleierens opplevelser rundt pasientens død var preget av at sykepleieren skapte «a curtain of protection» [en beskyttende gardin] for å dempe sorgprosessen og å takle å gå videre til neste pasient (Gerow et al., 2010).

Denne oversiktsartikkelen ser på hvordan dødsfallet til en pasient kan påvirke sykepleiere, og hvilken støtte de finner hjelpsom. Totalt 17 artikler ble inkludert og knapphet i relevante forskningsartikler førte til inkludering av «non-peer reviewed» - artikler og «grey literature».

Studien har fem hovedfunn; «*The theoretical context*» viser at litteratur skrevet om tap og sorg kan gjenspeiles i helsepersonells egne opplevelser. Dette gjelder særlig for sykepleiere som har omfattende pasientkontakt, og dermed større sannsynlighet for å danne tilhørighet med pasientene. «*Emotional impact of a patient death on healthcare staff*» handler om pasientdødsfalls innvirkning på sykepleieren. De som opplevde mest sorgrelaterte symptomer som tristhet, gråt, tanker om døden og andre negative innvirkninger på hjemmebane og jobb var sykepleiere som hadde et langt og nært forhold til pasienten som døde. Sykepleiere kunne også utvikle «compassion fatigue», en tilstand der man ufrivillig er ute av stand til å vise medfølelse til pasienten og familien, til forskjell fra tidligere praksis på området. «*Impact of culture on the work environment*» handler om de uskrevede normer for adferd på arbeidsplassen som kan «styre» sykepleierens respons til pasientens død. Disse normene kan diktere *hvilke* tap det skal sørges over, *hvordan* sorgen skal uttrykkes og *hvem* som er kvalifisert til å sørge. Retten til å sørge valideres både av personer rundt den berørte og kulturelle normer. «*The impact of personal situations and life experiences*» handler om innvirkningen sykepleierens personlige erfaringer og opplevelser kan ha i møte med den døende pasienten. Sykepleieren som i privatlivet hadde opplevd vansker med å akseptere dødsfall var mest sårbare i møtet med den døende pasienten. Personlige erfaringer kan også føre til at sykepleieren settes i kontakt med sin egen sorg og skape en gjensidig empati mellom sykepleier, pasient og pårørende. «*Grief support and education for healthcare staff*» handler om viktigheten av å kunne uttrykke sine følelser i trygge og støttende omgivelser, som i formelle forum eller uformelt til kollegaer og venner. Undervisning og opplæring på dette feltet kan gi sykepleieren verdifulle verktøy til å takle pasientens død (Wilson & Kirshbaum, 2011).

Denne kvalitative studien ser nærmere på hvordan sorg og tap håndteres av onkologiske sykepleiere, og hvilke tilrettelegginger og barrierer som finnes. Studien inkluderte onkologiske sykepleiere som jobbet med kreftpasienter på sykehuset og hjemmetjenesten i nærområdet til det aktuelle sykehuset. Totalt ble 7 fokusgrupper på 4-8 deltakere opprettet. Fokusgruppeintervjuene ble tatt opp på lydbånd og feltnotater ble skrevet underveis. Lydopptakene ble transkribert ordrett og deretter tematisert og analysert.

Funnene viser til to hovedtemaer, det første, «*dimensions of work-related loss*», omhandler faktorer som påvirker sykepleierens tapsopplevelse. Sykepleierne følte seg utilstrekkelige grunnet høye arbeidskrav med liten tid til bearbeiding og takling av tapsfølelser før man måtte gå videre til neste pasient, og på grunn av økt arbeidsbyrde i forhold til antall pasienter de hadde ansvar for. Sorg- og tapsopplevelsene økte når sykepleieren fikk nære relasjoner til pasienten og familien, det ble også vanskeligere å gå videre til neste pasient. Noen sykepleiere uttrykte at de distanserte seg, for å unngå slike nære relasjoner. Flere følte at «utenforstående» manglet forutsetninger for å sette seg inn i utfordringene sykepleiere sto i, og dette ga en følelse av underskudd på støtte i privatlivet.

Det andre hovedtemaet, «*working through bereavement*», omhandler sykepleieres sorghåndtering, og deres varierende strategier. Religion, tro og sport var enkeltes håndteringsmidler, og noen regnet travle arbeidsdager med lite tid til å tenke på og begrenset anledning til å prate om jobb på hjemmebane som fordeler. Kollegiale samtaler ble verdsatt; sykepleierkollegaer er «i samme båt» og trenger ingen inngående forklaring for å forstå den andres opplevelser. Det å skape relasjoner til pasienten og familien kunne gi mening og støtte til de vanskelige situasjonene sykepleieren opplevde, mens verdi av rutinemessig debriefing etter dødsfall varierte hos deltakerne (Wenzel, Shaha, Klimmek & Krumm, 2011).

Denne kvalitative studien med fenomenologisk tilnærming søkte å utforske sykepleierens følelser, emosjoner, sorgreaksjoner og mestringsstrategier etter at deres pasient døde. Studien inkluderte 21 sykepleiere fordeles på tre fokusgrupper. Ett intervju ble gjennomført på arabisk i hver gruppe, tatt opp på lydbånd, transkribert ordrett og oversatt til engelsk.

Studiefunnene viser at sykepleieren følte på manglende kompetanse i sitt første møte med den døende pasienten, nyutdannede sykepleiere hadde ikke tilstrekkelig kompetanse på området etter endt utdanning. Sorgreaksjonene endret seg i takt med økt erfaring, og varigheten minket. Graden av relasjon og tilhørighet til pasienten og familien påvirket dybden og varigheten i sykepleierens sorg; jo lengre sykepleieren hadde omsorg for pasienten, desto større var opplevelsen av sorg. Sykepleieren hadde ulike mestringsstrategier, som å skrive dagbok, å samtale med familie, venner og kollegaer, og å søke støtte i religion og tro. Studien nevner også at sorgopplevelsen kunne forverres i tilfeller hvor det var bestemt at pasienten ikke skulle få hjerte-/lungeredning, det var tyngende for sykepleieren å se på uten «å kunne gjøre noe» for pasienten (Khalaf et al., 2017).

1.2.7 OPPSUMMERING AV FORSKNINGSARTIKLENE

Forskning viser at sykepleieren kan oppleve tap og sorg når pasienten dør. Sorgen omtales som «nurses grief» og kan i stor grad påvirke både sykepleierens helse, privatliv og jobb. Graden av sorg relateres til nærheten i relasjonen mellom sykepleier og pasient eller pasientens familie. Debrifing, undervisning om temaet, og samtale med kollegaer eller venner blir sett på som verdifullt i sorgbearbeidingen. Sykepleieren opplever motstridende følelser; hun skal forbli profesjonell, sterk og støttende, men påvirkes samtidig av tapet. Dette kan føre til ineffektive mestringsstrategier, med konsekvenser som utbrenthet og andre emosjonelle problemer. Flere sykepleiere følte manglende kompetanse i møte med døende pasienter, og kjente sorgfølelse etter dødsfallet.

1.3 TEORETISKE PERSPEKTIVER

I løpet av et liv kan mennesket i ulik grad oppleve tap. Tapet er ikke nødvendigvis knyttet til dødsfall, andre tapsopplevelser kan eksempelvis være tap av kroppsfunksjon eller tap av familieforhold grunnet samlivsbrudd. Sorgopplevelsen er knyttet til at den sørgende har en tapsopplevelse (Sandvik, 2003, s.20-23), og sorg er en betegnelse på «[...] den langsiktige tilpasningsprosessen som innebærer å akseptere tapet og konsekvensene av det [...]» (Sandvik, 2003, s.16). Sorg er et fenomen alle i en eller annen form kan oppleve i løpet av livet, og dette kan ha fysisk og psykisk innvirkning på den sørgendes liv: «Sorg kan påvirke konsentrasjon, hukommelse, matlyst, gi økt tretthet og lavere energinivå, søvnen kan bli forstyrret, og angstnivå kan øke» (Stensheim, Hjermsstad & Loge, 2016, s.279).

Wright og Hogan (2008, s.350-355) beskriver i sin artikkel hvordan teoriene om sorg har endret seg over tid: Freud (1917) var den første som definerte en sorgteori. Han baserte teorien sin på at sorg var en opplevelse som vanligvis fulgte en normal retning og kunne føre til psykiske konsekvenser om den berørte mislyktes i å løsrive seg fra den døde. Lindemann (1944) definerte normale og unormale reaksjoner ved tap - dette ble klinikers retningslinjer for å identifisere unormale sorgreaksjoner. Både Freud og Lindemann baserte vellykkede sorgarbeider på at den berørte emosjonelt frigjorde seg fra den døde. Bowlby (1969) var den første som baserte sorgteorien på empirisk evidens. Han identifiserte fire faser den sørgende skulle gjennomgå i løpet av sorgprosessen for å oppnå vellykket bearbeidelse, og alle fasene måtte gjennomgå for å unngå psykiske konsekvenser. Parkes (1972) påviste at sorg ikke alltid er konstant og kan føles lenge etter tapet av den døde. Sorgen kan opptre som bølger som sviner bort inntil neste bølge oppstår, eksempelvis på merkedager for den sørgende og avdøde. Worden (1983) synliggjorde terapeuters rolle innenfor sorgarbeid, hvor terapeutene arbeidet ut i fra fire oppgaver den sørgende skulle gjennomføre for å oppnå bearbeidelse. De siste tiårene har sorgteoriene endret seg. Stroebe og Schut (1999) introduserte *The Dual Process Model*, som viser at den berørte vekselvis opplever og unngår sorg på samme tid, uten stegvise faser. Tidligere sorgteorier presenterer sorgen som en lineær serie av stadier, faser eller oppgaver, hvor den sørgende gradvis skulle oppleve mindre sorg og vende tilbake til sitt «normale jeg».

Nyere forskning motbeviser dette og identifiserer at den sørgende kan endre seg sammenlignet med tiden før tapet. Hogan og DeSantis (1996) introduserte *The Grief to Personal Growth Theory*, en teori om at den sørgende underveis i sorgprosessen følger en vei mot personlig utvikling, som kan føre til å finne en ny mening i livet eller tilpasning av tapet (Wright & Hogan, 2008, s.355). Det eksisterer lite forskning vedrørende sorg og sorgprosessen en sykepleier kan oppleve når pasienten dør (Brunneli, 2005, s.124) og forskningen som finnes er fra utlandet. Wilson og Kirshbaum (2011) påpeker at sykepleiere som opplever mest sorgrelaterte symptomer er de med tettest og lengst relasjon til den døde pasienten. Videre viser de til at teorien om sorgprosesser er gjenkjennbar til det sykepleieren gjennomgår når pasienten dør, på bakgrunn av at sykepleieren ofte har pasienter over tid og danner en relasjon til pasient og/eller pårørende (Wilson & Kirshbaum, 2011, s.560). Sykepleierens sorg ligner sorgen man kan oppleve når en nærstående person dør, men den skiller seg distinktiv ut da den kan oppleves gjentagende ganger og ofte ikke bearbeides optimalt (Brunelli, 2005, s.128). Sykepleierens sorgprosess har flere faser som ifølge Brunneli: «involves going through steps to arrive at a resolution or acceptance of the loss or death» (Brunelli, 2005, s. 128).

1.4 PROBLEMSTILLING, AVGRENSNING OG HENSIKT

Problemstilling: *Sorg - Sykepleierens opplevelse i møte med kreftpasientens død.*

«Hvis man skal finne eller vise andre veien til målet, må man vite hva målet er» (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 140). Problemstillingen er relevant fordi sykepleieren i møte med palliative pasienter gjentatte ganger kan oppleve at pasienter dør. Forskning viser at sykepleieren kan oppleve sorg, noe som kan påvirke sykepleierens helse, privatliv og yrkesutøvelse. Videre viser forskningen at økt forståelse for sykepleierens sorg kan gjøre sykepleieren «bedre rustet» i møtet med den døende pasienten og til å «stå i det» over tid. På bakgrunn av dette ønsker jeg å utforske om funnene er overførbare til en norsk kontekst, hvor hensikten er å utforske om sykepleieren opplever sorg når pasienten dør. «Overførbarhet dreier seg om funnene har gyldighet utover utvalget, konteksten og er relevant og anvendbart i andre situasjoner» (Drageset & Ellingsen, 2010, s.335). Det er ikke ønskelig å generalisere, men å få fram det essensielle hos den enkelte sykepleieren. Jeg ønsker å rekruttere deltakere ut fra kriteriene; er utdannet sykepleier, arbeider på sykehus og har opplevd at en kreftpasient har dødd på arbeidsplassen. Oppgaven fokuserer ikke på barn, derfor omfatter ikke problemstillingen kreftpasienter under 18 år.

2.0 METODISK GJENNOMFØRING

2.1 VALG AV METODE OG GJENNOMFØRING

«Metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap [...] Metoden forteller oss først og fremst noe om hvordan vi kan gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap» (Dalland, 2013, s.50). Jeg har valgt å skrive en Prosjektplan til et masterforløp hvor det skal gjennomføres en kvalitativ studie der målet er å få kunnskap om hvordan noe oppleves. «Når forskning er kvalitativ, betyr det vanligvis at man interesserer seg for *hvordan* noe gjøres, sies, oppleves, framstår eller utvikles» (Brinkmann & Tanggaard, 2015, s.11).

Kunnskapssyn kan deles inn i naturvitenskap og humanvitenskap: «Humanvitenskapene hjelper oss til å *forstå* mens naturvitenskapene bidrar med å *forklare*» (Dalland, 2013, s.56).

Som mennesker er vi ikke bare omgitt av ting som har vekt, omfang og hastighet, men av ting som har *betydning*. Mennesket eksisterer ikke bare i naturvitenskapens firedimensjonale univers (rom, stoff, tid og hastighet), men i et femdimensjonalt univers der den femte dimensjonen er betydning – eller meningsdimensjonen [...] (Wackerhausen gjengitt etter Dalland, 2013, s. 56).

I humanvitenskapelig ånd vil jeg bruke intervju som metode for å gi svar på problemstillingen, da denne metoden er en utbredt praksis innenfor humanvitenskapen (Brinkmann & Tanggaard, 2015, s.17). «Forskningsintervjuet er den mest utbredte kvalitative metoden som brukes for å få kunnskap om menneskers liv og erfaringer» (Brinkmann & Tanggaard, 2015, s.16). Formålet med forskningen er å gå i dybden av sykepleierens opplevelse – enkeltindividets stemme skal komme frem. «Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å forstå sider ved personens dagligliv, fra hans eller hennes eget perspektiv» (Kvale & Brinkmann, 2017, s.42). Jeg har valgt å utføre dybdeintervju, dermed sikres synligheten til hver enkelt deltaker, og forhindre en eventuell usikkerhet som kan oppstå ved selvutlevering foran flere – som ved fokusgruppeintervju – forhindres. Forhåndsvis utvikles en intervjuguide med overordnende emner og spørsmål for å hjelpe deltakeren videre i historien sin, for eksempel ved oppfølgingsspørsmål, eller spørsmål som henter deltakeren tilbake på «rett spor» eller bryter opp pauser som blir for lange. Kvale og Brinkmann (2017, s.88) påpeker at intervjuferdigheter også innebærer taus kunnskap, for eksempel om hvordan intervjueren skaper kontakt med deltakeren og hvordan lengden på pauser mellom spørsmålene avgjøres. Denne kunnskapen erverves kun ved øvelse, og min manglende erfaring på dette feltet gjør at jeg vil utføre testintervju på to kollegaer.

Selv om det kan bli tidkrevende, mener jeg dette er en viktig prioritering. Ikke bare vil testintervjuene gi meg en mulighet til å få feedback på utførelsen av intervjuet, og å få testet ut intervjuguiden, jeg vil også få verdifull trening i transkribering - en gylden mulighet til å dra lærdom av erfaringene og gjøre eventuelle endringer før de reelle intervjuene.

Intervjuene blir tatt opp på lydbånd og deretter transkribert. I følge Kvale og Brinkmann er en transkripsjon en «[...] konkret omdanning av en muntlig samtale til en skriftlig tekst» (Kvale & Brinkmann, 2017, s.210). «Når intervjuene transkriberes fra muntlig til skriftlig form, blir intervjusamtalene strukturert slik at de er bedre egnet for analyse» (Kvale & Brinkmann, 2017, s.206). Prosessen er tidkrevende og krever både skriveferdigheter og tålmodighet. Erfaringen til den som transkriberer og kvaliteten på opptaket er avgjørende momenter i for tidsbruken. Den som transkriberer må på forhånd ha avgjort om transkriberingen skal gjøres ordrett i talespråk eller skriftspråk og konsekvent gjennomføre det i alle transkripsjonene. Jeg tenker selv å transkribere intervjuene ordrett i skriftspråk. Siden fortolkning av materiale starter allerede i transkriberingen er det fordelaktig å utføre transkripsjonen selv (Kvale & Brinkmann, 2017, s.206-207).

«Analysen skal hjelpe oss til å finne ut *hva* intervjuet har å fortelle. I tolkningen søker vi *meningen* i det vi har fått vite» (Dalland, 2013, s.178). Kvale og Brinkmann (2017, s.216) viser til viktigheten av å ha en formening om hvilken metode man vil bruke til å analysere transkripsjonsmaterialet før oppstart av studien, da denne vil «farge» hele studieprosessen - fra start til slutt. Den vil også sikre at innsamlet materiale kan analyseres på best mulig måte. Innenfor humanvitenskapen har vi hermeneutikk og fenomenologi. Dalland (2013) definerer hermeneutikk som fortolkningslære: «Å fortolke er å forsøke å finne frem til meningen i noe, eller forklare noe som i utgangspunktet er uklart» (Dalland, 2013, s.57). Videre definerer Dalland (2013) at fenomenologi er læren om fenomenene: «Et fenomen er en fremtoning, det som viser seg eller kommer til syne [...] det som oppfattes av sansene» (Dalland, 2013, s.57). «I fenomenologiske undersøkelser er oppmerksomheten rettet mot verden slik den konkret oppleves og erfares fra for eksempel klientens eller pasientens eget perspektiv» (Thomassen gjengitt etter Dalland, 2013, s.57). Kvale og Brinkmann (2017) påpeker at i en fenomenologisk tilnærming har forskeren som mål: «å komme så nær som mulig en presis beskrivelse av hva mennesker har opplevd» (Kvale & Brinkmann, 2017, s.65).

Beskrivelsene viser at fenomenologi og hermeneutikk representerer to ulike retninger innenfor humanvitenskapen, men jeg ser at de også kan brukes sammen. Når intervjuene skal tolkes vil jeg bruke en fenomenologisk- hermeneutisk fortolkning, da jeg er ute etter hvilke fenomener som er tilstede og den enkelte sykepleiers opplevelse.

2.2 UTVALG OG VARIGHET

Jeg anslår varigheten av en masterstudie til cirka 2 år. Før oppstart utvikles en fremdriftsplan for å sikre at tidsrammen holdes. «Valget av intervjupersoner avhenger av hva du ønsker å vite noe om. Ved å velge personer som du mener har bestemte kunnskaper eller erfaringer, gjør du et *strategisk valg*» (Dalland, 2013, s.162). Brinkmann & Tanggaard (2015, s.21) sier at et studentprosjekt ofte har 3-5 deltakere, men også kan ha færre eller fler. Videre fremholder de som en grunnregel at det er bedre å «[...] gjennomføre relativt få intervjuer og gjennomanalysere disse» (Brinkmann & Tanggaard, 2015, s.21), så på bakgrunn av deltakers rett til å trekke seg underveis i studien, vil jeg ta høyde for at minimum 3 deltakere fullfører studien, og ønsker å rekruttere totalt 5 deltakere. Viser det seg imidlertid at færre enn 3 deltakere fullfører, gjentar jeg rekrutteringen inntil målet oppnås. Alder, yrkeserfaring eller kjønn er irrelevant for problemstillingen i oppgaven og vektlegges ikke.

I startfasen av Prosjektplanen var utgangspunktet mitt å intervju mine avdelingskollegaer, men etter å ha satt meg inn i litteraturen ser jeg at dette kan bli utfordrende; de kan holde tilbake informasjon for å unngå å «utlevere» seg selv til meg, de kan føle press til å delta for at jeg skal få fullføre masterstudien, og kollegaene kan spekulere på hvem som har deltatt eller ikke, og dermed utfordre kravet om anonymisering. I samarbeid med oversykepleier på avdelingen min vil jeg derfor kontakte andre sykehusavdelinger som også behandler kreftpasienter. Å gå via ledere skaper åpenhet rundt studien, og når det er forankret i ledelsen er det større muligheter for at prosjektet er gjennomførbart. Jeg vil utarbeide en rekrutteringstekst med informasjon om «hva undersøkelsen går ut på, hva hensikten er med den, og hvem en eventuelt håper skal ha nytte av den» (Dalland, 2013, s.105). Denne sendes i e-post som også inneholder informasjon om omtrentlig varighet av intervjuet, om muligheten til å trekke seg underveis, om kriterier for deltakelse samt kontaktinformasjon. Lederen ved de utvalgte sengeposter distribuerer rekrutteringsteksten til sine ansatte.

Rekruttering via e-post gir skriftlig informasjon om studien, slik at potensielle deltakere får rom til å vurdere om de ønsker å delta, noe som både kan minske «pliktfølelsen» for deltagelse og føre til høyere fullføringsrate. «Informert, frivillig samtykke betyr at dem som involveres i forskning, gjør dette med vitende og vilje på et fritt og selvstendig grunnlag [...] Dette bør gjøres skriftlig» (Dalland, 2013, s.105). Samtykkeskjema underskrives når deltakeren møter til intervju, det må også forsikres at deltakeren har forstått informasjon fra e-posten og det er hensiktsmessig å gjenta denne innledningsvis i intervjuet (Dalland, 2013, s.169).

For å kunne delta i studien må det også samtykkes til at intervjuene tas opp på lydbånd, manglende samtykke er ekskluderingsgrunnlag. Dalland (2013, s.105) påpeker viktigheten av å informere om muligheten til å kunne trekke seg uten at det medfører til negative konsekvenser for deltakeren. Dette vil tydeliggjøres i rekrutteringsteksten og gjentas når deltaker møter til intervju. I januar 2018 var det ny høring angående retningslinjer for samtykke:

Disse retningslinjene ville ha betydning for praksis rundt innhenting av samtykke fra deltakere i forskningsprosjekter. Blant annet legges det opp til strengere krav til at den behandlingsansvarlige skal kunne dokumentere at et samtykke er innhentet, og det skal bli enklere for deltakere å trekke tilbake samtykke (Personvernombudet for forskning, 2018a).

I tiden mellom innlevert Prosjektplan og oppstart av Masterstudie kan retningslinjene endres, derfor er det viktig å kontinuerlig holde seg oppdatert på disse for å sikre at studien utføres innenfor gitte retningslinjer. «Intervjupersonen gir av sine erfaringer og kunnskaper, mens intervjueren gir av sin oppmerksomhet» (Dalland, 2013, s.97). Deltakeren utleverer sine følelser, og det er viktig å opprettholde taushetsplikt. «Forskning er avhengig av at informanter har tillit til at forskere har taushetsplikt om opplysningene de får gjennom sine undersøkelser» (Dalland, 2013, s.104). Intervjuene skal gjennomføres i kjente omgivelser på felles arbeidsplass – et sykehus med tilgjengelige møterom hvor intervjuene kan avholdes uforstyrret. Det er viktig å sette av god tid, slik at intervjuer og intervjuobjekt får rom til å fokusere på det som skjer «her og nå». Jeg anslår det som hensiktsmessig å sette av cirka 3 timer til intervjuet, og testintervjuene vil gi meg en pekepinn på om dette er et reelt tidsaspekt.

2.3 BRUK AV ALLEREDE UTARBEIDET VERKTØY

Jeg har valgt å benytte meg av intervjuguide for å gjennomføre intervjuet på best mulig måte. Ifølge Kvale og Brinkmann er en intervjuguide et: «[...] manuskript som strukturerer intervjuforløpet mer eller mindre stramt. Guiden kan enten inneholde noen temaer som skal dekkes, eller være en detaljert rekkefølge av omhyggelige formulerte spørsmål» (Kvale & Brinkmann, 2017, s.162). Intervjuguiden er et verktøy til intervjuet, men ved utformingen vil intervjueren kunne tilegne seg kunnskaper om emnet og blir dermed godt forberedt til å intervju (Dalland, 2017, s.167). Brinkmann og Tanggaard (2015, s.31) viser til fordelene med å lære intervjuguiden utenat, da fokuset er på deltakeren og ikke på tanker om neste spørsmål. Utarbeidet intervjuguide er vedlagt, se vedlegg 1.

2.4 BUDSJETT

Sykehuset har per dags dato ingen finansiering til masterstudier, men et forslag til finansiering er under utarbeidelse hos Klinisk utdanningsavdeling. Sykehuset har disponible møterom som kan lånes kostnadsfritt. Det optimale er at deltakerne får avspasering tilsvarende tiden intervjuet tar - erfaringsvis lar dette seg sjelden gjøre grunnet økonomiske forhold, men det er verdt et forsøk å søke om dette. Et annet aspekt er om intervjuene utføres i arbeidstiden, men dette kan skape stressmomenter ved for eksempel bakenforliggende tanker. Fordi kollegaer må utføre arbeidet deres under intervjuet, kan deltakerne få samvittighetskvaler og dermed bli opptatt av tidsbruken, noe som kan føre til et dårlig intervju. Studiedeltakelsen bør baseres på egeninteresse for temaet og frivillighet. Jeg vil selv gjennomføre intervjuene i min fritid.

2.5 ETISKE OVERVEIELSER OG TILLATELSER

«Etiske overveielser handler om mer enn å følge regler. Det betyr at vi må tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet vårt medfører, og hvordan de kan håndteres» (Dalland, 2013, s.95). Etiske overveielser vil forekomme underveis i hele forskningsprosessen.

Oversykepleier er informert om studien og vil bidra til å kontakte ledere ved andre sengeposter. Jeg har fått godkjenning på avdelingsnivå, men Forskningsansvarlig på sykehuset skal også kontaktes for å få en formell godkjennelse av studien. «I prosjekter der det er nødvendig å benytte personopplysninger, skal dette meldes til Personvernombudet [...] Opplysninger og vurderinger som direkte eller indirekte kan knyttes til enkeltpersoner, er personopplysninger» (Dalland, 2013, s.101). Intervjuene tas opp på lydbånd og intervjuguiden bør utformes på en slik måte at personopplysninger ikke vil fremkomme underveis i lydopptaket (Personvernombudet for forskning, 2018b).

Personvernombudet for forskning (2018b) understreker at personer kan være gjenkjennbar når stemme kombineres med utvalgsriterier eller bakgrunnsopplysninger. Jeg tar forholdsregler ved å transkribere lydopptakene selv og holde disse utilgjengelig for andre. Samtykkeskjema vil oppbevares innelåst og adskilt fra lydbåndopptakene og de transkriberte tekstene. Etter transkripsjon av intervjuene slettes lydopptakene og ved endt masterstudie vil alt materiale makuleres slik at det ikke er tilgjengelig for uvedkommende. Deltakerne vil gis fiktive navn og verken alder, kjønn, arbeidssted eller yrkeserfaring skal fremkomme. «For at et prosjekt ikke skal omfattes av meldeplikten, må alle elektroniske data som behandles gjennom hele forskningsprosessen være anonyme» (Personvernombudet for forskning, 2018b).

Helsepersonelloven viser at deltakeren er underlagt taushetsplikt: «Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell» (Helsepersonelloven, 1999, §21). Studien baseres ikke på person- eller pasientopplysninger, men sykepleierens opplevelser rundt pasientens død, så informasjon om eventuelle tredjeparter utelates. Jeg anser det derfor slikt at studien ikke omfatter meldeplikt til Personvernombudet for forskning, men vil være bevisst på å konsekvent håndtere materialet slik at deltakerne ikke kan identifiseres. Videre anser jeg ikke studien som konsesjonspliktig, da den blant annet ikke vil inneholde sensitive opplysninger, er ikke stor av omfang eller varighet og det ikke forskes på sensitive data uten samtykke (Personvernombudet for forskning, 2018b).

Av andre etiske overveielser omhandler utformingen av intervju spørsmålene, og forskerens rolle. Intervjuobjektet må ikke ledes i retninger som passer eventuelle hypoteser intervjueren har dannet seg, og spørsmålene må utformes så nøytrale at det er intervjuobjektets subjektive opplevelser som kommer til syne, ikke hva deltakeren oppfatter at intervjueren ønsker å høre.

2.6 EVALUERING AV PROSJEKTET

Etter endt masterstudie vil prosjektet evalueres med nærmeste leder, og vi vil fokusere på områder som kan være hensiktsmessig å arbeide videre med. Om evalueringen avdekker behov for kompetanseheving, undervisning, implementering av nye rutiner eller lignende, fortsetter arbeidet på avdelingsnivå.

2.7 METODOLOGISKE DRØFTINGER

For å utforske sykepleierens opplevelser vil kvalitativ metode være mest hensiktsmessig for å svare på problemstillingen. Kvalitativ metode er «[...] blitt kritisert for å fremme individualistisk og essensialistisk tilnærming til forskning» (Kvale & Brinkmann, 2017, s.50). Jeg mener at dette vil styrke min undersøkelse da interessen er hos den enkelte sykepleiers opplevelser, hennes genuine opplevelse og «stemme» som skal bli hørt. Brinkmann og Tanggaard (2015, s.19-20) fremhever at intervjueren aldri kan få en helt nøyaktig forståelse av hva intervjupersonens opplevelser og det fortolkede materialet er ut i fra et tredjeperspektiv. Forskeren har en form for enerett til å fortolke materialet, og «[...] bør reflektere over den rolle makt spiller i produksjonen av intervjukunnskap» (Kvale & Brinkmann, 2017, s.53). Ved ordrett transkripsjon kan det «tause», usagte gå tapt, eksempelvis ett sukk eller kroppsspråk (Drageset & Ellingsen, 2010, s.333). Det er viktig å være tro mot deltakeren i fortolkningen, for å opprettholde troverdighet gjennom hele arbeidet. «Vurderingen av troverdighet i det kvalitative forskningsintervjuet innebærer i hvilken grad forsker har frembrakt resultater som er pålitelige, gyldige og overførbare» (Drageset & Ellingsen, 2010 s.334). Selv om forskning viser at sykepleieren kan oppleve tap og sorg, er det nødvendigvis ikke slikt for alle, og hensikten med studien er heller ikke å beskrive mengden sykepleiere som har opplevelsen av sorg, men *om* sykepleieren kan oppleve sorg.

Gjennomgang av utenlandsk forskning har gitt meg en forforståelse om at sykepleieren kan oppleve sorg ved pasienters død, og gjennom dybdeintervju skal jeg utforske om dette også er gjeldende i en norsk kontekst. Det er viktig med årvåkenhet og et åpent sinn for å unngå å «farge» deltakeren og fortolkningen av materialet med denne forkunnskapen. Jeg vil være bevisst denne kunnskapen for å kunne stille med åpenhet i studieprosessen. Direkte spørsmål om sorgopplevelse kan muligens legge føringer for intervjuet og dermed føre til at relevant informasjon utelates. Jeg anser det som mest hensiktsmessig å indirekte tilnærme meg fenomenet sorg, noe som kan defineres som en manipulerende dialog. Dette viser at intervju ikke er en dagligdags samtale mellom to likestilte personer (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 52).

Det finnes ulike intervjuformer, som blant annet fokusgruppeintervju og dybdeintervju. I denne studien kunne fokusgruppeintervju også være hensiktsmessig, da flere deltakere kan delta samtidig, og deltakerne kan assosiere til hva andre har opplevd og på denne måten «vekke» minner hos seg selv. Det negative kan bli at den enkeltes stemme «drukner» i andres opplevelser og at den enkelte kan oppleve det som en barriere å skulle utlevere seg selv til kjente eller ukjente personer. Jeg anser det derfor som en styrke å bruke dybdeintervju. Deltakeren har på forhånd fått informasjon om studien og gitt sitt samtykke, men er ikke av den grunn forberedt på hvilke spørsmål som kan stilles. «Hvis uventede reaksjoner utløses bør man stoppe opp, og komme tilbake til temaet når informanten ønsker det. Uansett bør man vise varhet og ydmykhet for den andres grenser» (Drageset & Ellingsen, 2010, s.333). En bør altså kontinuerlig være årvåken for deltakerens grenser og gi rom for at deltakeren kanskje ikke ønsker å gå nærmere inn på temaet. Dette kan føre til en svakhet i studien, da en ønsker å «dykke inn i dybden» av den enkeltes opplevelse. «[...] Ettersom intervjuer normalt handler om ting som er opplevd i fortiden, må man vurdere [deltakerens] evne til å huske hva hun har opplevd» (Kvale & Brinkmann, 2017, s.66). Det er umulig å etterprøve sannheten i det deltakeren forteller i intervjuet, da det handler om den enkeltes opplevelse. Nøyaktig tid og sted for hendelsen er ikke relevant i forhold til studien. Jeg må stole på at deltakeren svarer så nært sannheten som mulig og ta høyde for at noen detaljer kan gå tapt i tidens løp.

3.0 FORMIDLING/MÅLGRUPPE

Grunnlaget for valg av tema bunner i min genuine interesse for om sykepleieren opplever sorg, og jeg finner støtte i mitt valg hos Brinkmann og Tanggaard som peker på at det er en vesentlighet når man skal lage et godt intervjuprosjekt at «[...] emnet for intervjuet er noe som intervjueren selv og andre trenger å vite noe mer om» (Brinkmann & Tanggaard, 2015, s.23). I forhold til studien jeg skal gjennomføre er jeg delvis enig i det Dalland (2013, s.97) skriver om nytteverdi, der det trolig er jeg som har mest igjen for arbeidet. Imidlertid har jeg et håp, og ikke minst en ambisjon, om at studien skal gi svar på om sykepleieren opplever sorg. Dalland (2013, s.97) poengterer videre at fagfeltet studien gjennomføres i også kan se nytteverdi i det endelige resultatet. «I kvalitativ forskning er overførbarhet knyttet til om man kan kjenne igjen meningen og om denne meningen gir innsikt av betydning» (Dragset & Ellingsen, 2010, s.335). I etterkant skal ledere ved de inkluderte avdelingene få egne eksemplarer av masteroppgaven, for å bevisstgjøre hva sykepleieren kan stå i. I tillegg ønsker jeg å publisere en artikkel i Norsk Sykepleierforbunds fagtidsskrift *Sykepleien*. Min studie er kanskje liten av omfang, men kan forhåpentligvis danne grunnlag for videre forskning på – og bevisstgjøring om- sykepleierens sorgopplevelser når pasienten dør.

4.0 LITTERATURLISTE

- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2015). *Kvalitative metoder*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brunelli, T. (2005). A concept analysis: The Grieving Process for Nurses. *Nursing forum*. 40(4), 123-128.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Den Norske Legeforening. (2017). *Stramt Helsebudsjett*. Hentet fra <http://legeforeningen.no/Nyheter/2017/Stramt-helsebudsjett/>
- Drageset, S., & Ellingsen, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Forskning*. 5(4), 332-335. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2011/02/skape-data-fra-kvalitativt-forskningsintervju>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Kreft i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/kreft-i-norge---folkehelse rapporten/#datagrunnlaget>
- Gerow, L., Conejo, P., Alonzo, A., Davis, N., Rodgers, S., & Domian, E. W. (2010). Creating a curtain of protection: Nurses' experiences of grief following patient death. *Journal of nursing scholarship*. 42(2), 122-129. doi: 10.1111/j.1547-5069.201001343.x
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. 2.juli 1999 nr.64. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_5
- Khalaf, I. A., Al-Dweik, G., Abu-Snieneh, H., Al-Daken, L., Musallam, R. M., BaniYounis, M., ... & Masadeh, A. (2017). Nurses' Experiences of Grief Following Patient Death: A Qualitative Approach. *Journal of Holistic Nursing*. 1-13. doi: 10.1177/0898010117720341
- Kreftforeningen. (2018). *Hva er kreft?* Hentet fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NOU 2017: 16. (2017). *På liv og død - Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/>
- Personvernombudet for forskning. (2018 a). *Nye retningslinjer for samtykke med høringsfrist 23.januar 2018*. Hentet fra <http://www.nsd.uib.no/personvernombud/oppslag-samtykke-gdpr.html>
- Personvernombudet for forskning. (2018 b). *Vanlige spørsmål*. Hentet fra http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/vanlige_sporsmal.html?id=2

- Sandberg, T. (2017, 10.mai). Skjærer ned i sykehusene. *Dagsavisen*. Hentet fra <https://www.dagsavisen.no/innenriks/skjerer-ned-i-sykehusene-1.964839>
- Sandvik, O. (2003). Hva er sorg og hvordan kan den forstås? I O.Sandvik (Red.), *Sorg* (s.15-42). Bergen: Fagbokforlaget.
- Statistisksentralbyrå. (2018). *Døde*. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/dode>
- Stensheim, H., Hjermstad, M.J. & Loge, J.H. (2016). Ivaretagelse av pårørende. I S.Kaasa & J.H Loge (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok* (s.274-286). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wenzel, J., Shaha, M., Klimmek, R., & Krumm, S. (2011). Working through grief and loss: Oncology nurses' perspectives on professional bereavement. *Oncology nursing forum*, 38 (4), 272-282.
- Wilson, J., & Kirshbaum, M. (2011). Effects of patient death on nursing staff: a literature review. *British journal of nursing*, 20(9), 559-563.
- Wisekal, A. E. (2015). A concept analysis of nurses' grief. *Clinical journal of oncology nursing*, 19(5), 103-107. doi: 10.1188/15.CJON.E103-E107
- Wright, P. M., & Hogan, N. S. (2008). Grief Theories and Models: Applications to hospice nursing practice. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 10(6), 350-356.

Intervjuguide

Introduksjon: Intervjuet handler om dine erfaringer når en kreftpasient du har hatt omsorg for dør.

Anonymitet: Ditt navn vil anonymiseres og i masteroppgaven skal du ikke kunne gjenkjennes av andre.

Lyddopptak: Intervjuet blir tatt opp på lydbånd og skrevet ordrett i skriftlig tekst (transkribert).

Tid: Det er satt av 1-3 timer til intervjuet. Tiden det tar varierer fra intervju til intervju og det er ingen fasit på varighet.

Dødsfallet

Fortell om en hendelse hvor en av dine kreftpasienter døde.

- Hvilke følelser ble vekket?
- Er disse følelsene noe du kan gjenkjenne fra andre erfaringer og opplevelser i livet ditt?
- Kan du si noe mer om ...
- Kan du utdype det litt ...

Tiden etter dødsfallet

Fortell om hvordan du opplevde tiden etter dødsfallet.

- Vet du om avdelingen din har utarbeidet noen rutiner for oppfølging av personale når en pasient dør?
Ja: Hvilke? Hvordan ble du i så fall gjort kjent med disse rutinene? Nei: Hva er dine tanker om det?
- Deltar du på minnestund, begravelse eller lignende?
Ja/nei: Hva tenker du er årsaken til at du deltar/ikke deltar?
- Har du opprettholdt kontakt med pårørende?
- Når du har opplevd at en pasient dør på din vakt, hva gjør du etter arbeidstid?
- Har du noen gang opplevd eget fravær på arbeid grunnet et pasientdødsfall?
Ja: Kan du fortelle litt om det. Nei: Har du noen tanker om hvorfor du ikke har hatt fravær?

I ettertid

Når du ser tilbake, hvilke tanker gjør du deg da?

- Trenger du noen form for støtte i denne situasjonen? På hvilken måte?
- Hva gjør du for å ivareta deg selv? Hva hadde du hatt behov for?
- Opplever du støtte fra din arbeidsplass (kollegaer/ledelsen)?
Ja: Hva gikk en slik støtte ut på? Nei: Hadde du hatt behov for det? Hva trenger du?

Til slutt

Forskning viser at sykepleier kan oppleve sorg, hvilke tanker gjør du deg om det?